

## **Rozdział II.8**

# **Wpływ zmian w organizacji rehabilitacji i lecznictwa uzdrowiskowego na dostępność świadczeń dla osób starszych**

### **II.8.1. Zmiany w zakresie struktury i organizacji świadczeń rehabilitacyjnych oraz funkcjonowania placówek w latach 1990–2003**

Marek Żak, Katarzyna Szczerbińska

Rehabilitację leczniczą należy rozumieć jako całokształt działań przyspieszających proces naturalnej regeneracji oraz powodujących zmniejszenie ustrojowych i psychicznych następstw choroby lub urazu. Świadczenia z zakresu lecznictwa rehabilitacyjnego realizowane są w ramach różnych form organizacyjnych: w specjalistycznych poradniach rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałach rehabilitacyjnych i uzdrowiskach (jako leczenie kompleksowe) oraz w praktyce lekarza rodzinnego i oddziałach szpitalnych (jako leczenie wspomagające). W Polsce nie wyodrębniono dotąd rehabilitacji geriatrycznej jako podspecjalności. Osoby świadczące usługi rehabilitacyjne są jednak przygotowywane, w ramach swojej edukacji, do prowadzenia rehabilitacji osób starszych. Dlatego też rehabilitacja tej grupy pacjentów odbywa się w ramach systemu świadczeń ogólnodostępnych dla ludzi w każdym wieku.

Intensywny rozwój lecznictwa rehabilitacyjnego został zapoczątkowany pod koniec lat sześćdziesiątych. Szczególne zasługi w tym zakresie mieli profesoria W. Dega i M. Weiss, którzy stworzyli tzw. polską szkołę rehabilitacji. W kolejnych rządowych programach ochrony zdrowia rehabilitacja lecznicza zajmowała ważne miejsce (również w zatwierdzonym w 1973 roku „Programie ochrony zdrowia i pomocy społecznej do 1990 roku”). W latach 1970–1972 wprowadzono istotne zmiany organizacyjne, które umożliwiły utworzenie do roku 1978 osiemnastu wojewódzkich przychodni rehabilitacyjnych, działających w ramach wojewódzkich przychodni specjalistycznych [Murkowski, Koronkiewicz, Cieślukowski, 2000]. Głównym zadaniem tych placówek było powiązanie rehabilitacji szpitalnej z ambulatoryjną oraz rehabilitacji leczniczej ze społeczną

i zawodową. Wojewódzkie przychodnie rehabilitacyjne, mając dobrze wyszkolone kadry i odpowiednie wyposażenie, udzielały konsultacji specjalistycznych i prowadziły leczenie w formie zabiegów rehabilitacyjnych. W latach 1973–1975 stworzono zespoły opieki zdrowotnej, w których skład weszły między innymi poradnie rehabilitacyjne obejmujące porady lekarzy specjalistów i zabiegi z zakresu rehabilitacji ambulatoryjnej. W dużych miastach działało zwykle kilka takich zespołów. Były one powiązane funkcjonalnie z przychodnią wojewódzką, która pełniła wobec nich rolę konsultacyjną. Ponadto zorganizowane przy spółdzielniach inwalidów przychodnie rehabilitacyjne istotnie wspierały pion lecznictwa w tym zakresie [GUS, 1998d]. Zgodnie z założeniami polskiej szkoły rehabilitacji w wojewódzkich szpitalach zespólnych organizowano szpitalne oddziały rehabilitacji. Ich zadaniem było prowadzenie kompleksowej rehabilitacji leczniczej oraz współdziałanie w organizowaniu pomocy społecznej dla osób leczonych w szpitalu, w tym osób starszych.

W latach dziewięćdziesiątych reforma systemu opieki zdrowotnej wprowadziła wiele zmian. Najpierw pojawiła się możliwość zakładania niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym zakładów rehabilitacji. Dalsze zmiany systemowe i wprowadzenie kontraktowania usług zdrowotnych umożliwiło tworzenie gabinetów fizykoterapii w ramach praktyk lekarzy rodzinnych. W wyniku tych zmian od roku 1999 osoby ubezpieczone, w tym ludzie starsi, mogą korzystać ze świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej wykupionych przez kasy chorych (obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia) w gabinetach fizykoterapii, działających w ramach kompleksowych usług lekarza rodzinnego. W takim gabinecie fizjoterapeuta wykonuje zabiegi pod nadzorem przeszkolonego (na 30-godzinny kursie) lekarza rodzinnego, działającego we współpracy ze specjalistą w zakresie rehabilitacji medycznej. Pacjenci, na podstawie skierowania lekarza rodzinnego, nadal mogą korzystać z rehabilitacji ambulatoryjnej w specjalistycznych poradniach/gabinetach rehabilitacyjnych, w których, pod nadzorem lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, wykonywane są bardziej złożone zabiegi z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii.

Pod koniec lat dziewięćdziesiątych doszło do usamodzielnienia się szpitali. W tej nowej formie organizacyjnej rehabilitacja wewnątrzszpitalna nadal jest realizowana w specjalistycznych szpitalach rehabilitacyjnych, w oddziałach rehabilitacyjnych szpitali specjalistycznych oraz w oddziałach o profilu nierehabilitacyjnym (np. chorób wewnętrznych, kardiologii, neurologii, chirurgii). W tych ostatnich rehabilitacja stanowi leczenie wspomagające, które obejmuje usprawniające pacjentów działania z zakresu kinezyterapii, i jest realizowana na zlecenie lekarza specjalisty. W oddziałach lub szpitalach rehabilitacyjnych zespół pod nadzorem lekarza specjalisty z zakresu rehabilitacji medycznej prowadzi diagnozowanie i kompleksowe usprawnianie (kinezyterapia, fizykoterapia, masaż) pacjentów po zabiegach operacyjnych i po przebytych chorobach o ostrym przebiegu. Pacjenci zwykle są przyjmowani do leczenia na podstawie zleceń poszpitalnych. W uzasadnionych przypadkach osoby przewlekle chore mogą być kierowane do kompleksowej rehabilitacji przez lekarza podstawowej

opieki zdrowotnej. Ponadto rehabilitacja realizowana jest w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, a także sporadycznie w domu pacjenta. W uzdrowiskach pracę zespołu rehabilitacyjnego nadzoruje lekarz specjalista z zakresu balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej.

Przez wiele lat obserwowano intensywny rozwój rehabilitacji w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego, które umożliwiało kontynuację różnych zabiegów, skracając okres rekonwalescencji. W 1946 roku czynne były 22 uzdrowiska, w których leczyło się 73 tys. osób. Do roku 1966 liczba uzdrowisk wzrosła do 36 (225 tys. leczonych), by w roku 1998 osiągnąć maksimum: 45 placówek (z 46 792 łózkami). Ponadto do roku 1991 powstało 49 zakładów przyrodoleczniczych i 22 poradnie rehabilitacyjne przy sanatoriach i tych zakładach [GUS, 1998d, Tabl. 12(99): Placówki lecznictwa uzdrowiskowego według województw, s. 263]. Zasadniczym celem rehabilitacji uzdrowiskowej było kompleksowe usprawnianie poszpitalne oraz fizjoterapia w przypadku pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi. Pacjenci na wniosek lekarza podstawowej opieki zdrowotnej byli kwalifikowani przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej lub balneologii na odpowiednie zabiegi z zakresu fizyko- i kinezyterapii. Średni czas trwania turnusu rehabilitacyjnego wynosił 21 dni.

Rok 1999 był przełomowy. Wraz z wprowadzeniem nowych zasad finansowania i kontraktowaniem usług zdrowotnych gwałtownie zmniejszyła się liczba zakontraktowanych placówek i łóżek w lecznictwie uzdrowiskowym. Podobnie zmalała liczba zakładów przyrodoleczniczych. Proces ten niewątpliwie musiał wpłynąć na zmniejszenie osiągalności świadczeń uzdrowiskowych przez wszystkich, nie tylko starszych, pacjentów.

Niepewna sytuacja lecznictwa uzdrowiskowego związana była z brakiem jasno określonej polityki zdrowotnej państwa, a także uregulowań prawnych odpowiadających aktualnym realiom życia gospodarczego i sytuacji sektora opieki zdrowotnej. Prace nad nową ustawą o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym, która miała zastąpić ustawę z roku 1966, trwały – bez ostatecznego rezultatu – przez całą dekadę lat dziewięćdziesiątych. Ponadto na początku lat dziewięćdziesiątych nastąpiła likwidacja merytorycznego nadzoru państwowego nad lecznictwem uzdrowiskowym [Nosek, 2002]. Ostatecznie, regulacja została dokonana przez wejście w życie Ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach odnowy uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych.

Bezsprzecznie najslabiej w omawianym okresie rozwijana była rehabilitacja domowa. Dopiero w ostatnich latach pojawiła się pod postacią pojedynczych inicjatyw o charakterze lokalnym. Poniżej przedstawiono koncepcję rehabilitacji domowej realizowaną w Krakowie przez Polskie Towarzystwo Walki z Kalcetwem. Jest ona przykładem działań podejmowanych w zakresie szeroko pojmowanej rehabilitacji, której celem jest nie tylko poprawa sprawności fizycznej, ale również psycho-społecznego funkcjonowania człowieka.